

Н О В О С Т И И С О Б Ъ Т И Я

Клінічний протокол «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності»

Вступ

Згідно з ключовими міжнародними документами та положеннями, аборт не є методом планування сім'ї, але в разі прийняття жінкою рішення щодо переривання вагітності у термін, дозволений законодавством, послуги мають бути надані з використанням безпечних методик та дотриманням репродуктивних прав жінки. Право жінки на безпечний аборт закріплено в матеріалах Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994 р.) та Четвертій Всесвітньої конференції зі становища жінок (Пекін, 1995 р.), що схвалені Україною та покладені в основу нормативно-правової бази з питань збереження репродуктивного здоров'я.

Незважаючи на позитивну динаміку зниження частоти абортів в Україні, вони все ще залишаються одним із методів регуляції народжуваності. Небажана вагітність у 85–92% закінчується штучним перериванням вагітності (абортом) за бажанням жінки. Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик (дилатація та кюретаж та ін.), є причиною ускладнень, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та завдають значних економічних збитків.

Упровадження концепції безпечного абортів є пріоритетною у всьому світі, що суттєво впливає на зниження рівня материнської смертності та ускладнень. Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності, до- та післяабортне консультування, профілактика інфекційних ускладнень дають можливість убезпечити жінку і зберегти її репродуктивне здоров'я.

Медико-організаційні технології Протоколу базуються на даних доказової медицини, рекомендаціях ВООЗ, міжнародного і вітчизняного досвіду та ґрунтуються на клієнт-орієнтованому підході, принципах дотримання репродуктивних прав.

Протокол відображає державну політику, що проводиться в країні в галузі охорони здоров'я, з урахуванням існуючих законодавчих актів та є для медичних спеціалістів засобом підтримки надання високої якості послуг, орієнтованих одночасно на потреби населення.

А. 1 ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

- A.1.1 Діагноз**
Аборт (штучне переривання вагітності)
- A.1.2 Шифр за МКХ-10**
 O04 Медичний аборт
Включені: переривання вагітності:
 – легальне
 – за медичними показаннями
 O05 Інші види абортів
 O06 Неуточнений аборт
Включено: штучний аборт БДВ
 O07 Невдала спроба абортів
Включено: невдала спроба штучного абортів
Виключено: неповний аборт (O03-O06)
 O08.0 Інфекція статевих шляхів і тазових органів внаслідок абортів, позаматкової та молярної вагітності
Виключені:
 – септична або септикопіємічна емболія (O08.2)
 – інфекція сечових шляхів (O08.8)

A.1.3 Для кого призначений протокол (потенційні користувачі)

Лікарі акушери-гінекологи, анестезіологи-реаніматологи, лікарі загальної практики – сімейні лікарі, медичні сестри, акушерки, сестри медичні – анестезисти, медичні психологи, керівники ЗОЗ різних форм власності та підпорядкування, організатори охорони здоров'я.

A.1.4 Мета Протоколу

Надання комплексної допомоги під час небажаної вагітності, збереження та поліпшення репродуктивного здоров'я жінок шляхом підвищення якості та ефективності послуг, які надаються у системі охорони здоров'я для профілактики небажаної вагітності, проведення безпечної процедури (операції) її переривання та заходів щодо попередження можливих ускладнень.

A.1.5 Дата складання Протоколу: 2010 р.

A.1.6 Дата перегляду Протоколу: 2013 р.

A.1.7 Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці Протоколу.

Моїсеєнко Раїса Олександрівна

Начальник Головного управління охорони здоров'я Київської МДА,
 (044) 2784041,
 м. Київ

Коломейчук Валентина Миколаївна

Начальник відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України
 (044) 2533487
 м. Київ

Сіненко Наталія Олександрівна Головний

спеціаліст Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України
 (044) 2533487
 м. Київ

Чибісова Ірина Володимирівна

Головний спеціаліст Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України
 (044) 2533487
 м. Київ

Камінський В'ячеслав Володимирович

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «акушерство та гінекологія», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор
 (044) 4119719
 м. Київ

Татарчук Тетяна Феопанівна

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча гінекологія», завідувач відділення ендокринної гінекології, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», професор
 (044) 4830940
 м. Київ

Думчева Анастасія Юріївна

Спеціаліст програми політик та систем охорони здоров'я в країнах, Бюро ВООЗ в Україні
 (044) 4258828
 м. Київ

Гойда Ніна Григорівна
Проректор з лікувальної роботи НМАПО
ім. П.Л. Шупика, професор
(044) 2054948
м. Київ

Жук Світлана Іванівна
Завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор (044) 5036508 м. Київ Сало Надія Йосипівна
Директор з клінічних питань проекту «Разом до здоров'я»
(044) 5811520
м. Київ

Кулік Олександр Олександрович
Головний акушер-гінеколог УОЗ Вінницької обласної державної адміністрації
(0432) 661205
м. Вінниця

Глазков Ілля Сергійович
Головний позаштатний акушер-гінеколог МОЗ АР Крим, головний лікар пологового будинку № 2, м. Сімферополь
(0652) 440462
м. Сімферополь

Дубоссарська Зінаїда Михайлівна
Завідувач кафедри акушерства та гінекології Дніпропетровської медичної академії, професор
(0562) 685307
м. Дніпропетровськ

Вовк Ірина Борисівна
Завідувач відділення планування сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», професор
(044) 4838423
м. Київ

Посохова Світлана Петрівна
Заступник головного лікаря Одеської обласної клінічної лікарні, професор
(048) 7558328
м. Одеса

Квашенко Валентина Павлівна
Заступник генерального директора по науці Донецького державного медичного університету, професор
(0622) 584216
м. Донецьк

Майстрок Галина Павлівна
Голова правління БФ «Здоров'я жінки та планування сім'ї», м. Київ
(044) 5965099
м. Київ

Банніков Володимир Іванович
Керівник програм міжнародної федерації планування сім'ї в Україні (IPPF), м. Київ
(044) 5965099
м. Київ

Ошовська Тетяна Тихонівна
Керівник Вінницького обласного центру планування сім'ї
(0432)352060
м. Вінниця

Чечельницький Олег Євгенійович
Завідувач відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні «Ісіда-IVF», м. Київ
(044) 2512103
м. Київ

Дудіна Олена Олександрівна
Завідувача відділом охорони материнства та ди-

тинства ДУ «Український інститут стратегічних досліджень»

Рецензенти

Юзько Олександр Миколаївич
Директор УДІР НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор
(044) 4894935
м. Київ

Кравцова Валентина Олександрівна
Завідувача гінекологічним відділенням Броварської ЦРЛ
(04494) 50536
м. Бровари, Київська область

Протокол схвалено:

ЗІЗМС ДУ «Український інститут громадського здоров'я МОЗ України» 22 липня 2010 р.
ДП «Державний Експертний Центр МОЗ України», Департамент стандартизації медичних послуг 20 грудня 2010 р.

A.1.8 Епідеміологічна інформація

Небажана вагітність – результат низки обставин, що пов'язані з особистими факторами та соціально - економічним розвитком і ситуацією в країні, міжстатевими відносинами, рівнем освіти, доступністю і якістю інформації з питань планування сім'ї та фактичного використання сучасних методів контрацепції.

За даними ВООЗ, щороку у всьому світі в 6 млн жінок настає небажана вагітність. За даними МОЗ України, у 2009 р. зареєстровано 127 541 випадок небажаної вагітності (10,66 на 1000 жінок фертильного віку), що значно перевищує рівень у країнах Європейського Союзу (у середньому 5 на 1000 жінок репродуктивного віку).

Стратегічна оцінка політики, програм та досліджень «Аборти та контрацепція в Україні» (ВООЗ, МОЗ України, 2008) свідчить, що понад 32% заміжніх жінок та приблизно 38% одружених чоловіків не використовують сучасні засоби запобігання небажаній вагітності.

Небажана вагітність, незважаючи на значні зусилля служб планування сім'ї щодо її зниження, залишається однією з актуальних проблем. Методики переривання небажаної вагітності, які в основному використовуються в Україні, є небезпечними і призводять до різних порушень репродуктивного здоров'я жінок, зокрема фертильності жінки, перебігу наступних вагітностей та пологів. Спостерігаються випадки смерті жінок, які пов'язані з перериванням вагітності небезпечними методами.

A.2 ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

A.2.1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу

1. Первинна профілактика

Положення протоколу

Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких заходів щодо профілактики небажаної вагітності.

Обґрунтування

На думку експертів, жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватись правил поведінки щодо профілактики небажаної вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Розробити та розповсюджувати інформаційні матеріали для жінок та чоловіків, в яких вказати правила поведінки щодо профілактики небажаної вагітності, факторів ризику і

можливих ускладнень, методів переривання вагітності, правах пацієнтки при перериванні небажаної вагітності.

Бажані:

1. Виявити шляхом доброзичливої і довірливої бесіди питання щодо репродуктивного вибору жінки з метою надати допомогу в прийнятті виваженого рішення.

2. Діагностика

Положення протоколу

Діагностика вагітності та обстеження.

Обґрунтування

Надмірне, необґрунтоване призначення лабораторних, інструментальних та інших досліджень знижує доступність проведення операції (процедури) переривання небажаної вагітності в малих строках (А).

Необхідні дії

Обов'язкові:

Загальне та гінекологічне обстеження (Розділ А.3.3).

Бажані:

Застосувати тест-системи для ранньої діагностики вагітності (у разі сумніву щодо наявності вагітності).

3. Переривання вагітності

Положення протоколу

3.1 Вирішення питання щодо термінів і методів штучного переривання небажаної вагітності.

Обґрунтування

На думку експертів, необхідно встановити ефективну систему направлень, яка гарантує високу якість послуг, регулярно відстежує та забезпечує подальше спостереження за пацієнткою.

Переривання вагітності здійснюється в ЗОЗ, які надають вторинну (третинну) стаціонарну допомогу незалежно від їх форми власності та підпорядкування, за місцем звернення пацієнтки.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Для переривання небажаної вагітності скерувати пацієнтку до акредитованого ЗОЗ II та III рівнів.

4. Подальше спостереження

Положення протоколу

4.1 Організація роботи центрів та кабінетів планування сім'ї, клінік сімейної медицини та інших ЗОЗ щодо спостереження жінок після переривання небажаної вагітності, профілактики небажаної вагітності, консультування з інших питань планування сім'ї.

Обґрунтування

За даними ВООЗ, у більшості випадків у разі кваліфікованого проведення процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності безпечними методами, як правило, не відбувається негативних наслідків порушення стану репродуктивного здоров'я.

На думку експертів, жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватись правил поведінки щодо профілактики небажаної вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Сприяти виконанню пацієнтками, що перенесли переривання вагітності і мали ускладнення, всіх рекомендацій фахівців.

Бажані:

Надати інформацію по кожному сучасному методу контрацепції, яка включає:

- механізм дії обраного методу;
- правила використання;

- ефективність методу;
- переваги і недоліки методу;
- неконтрацептивні властивості;
- зворотність методу;
- можливі побічні ефекти;
- стани, що потребують звернення до лікаря.

A.2.2 Для установ, що надають вторинну (третинну) стаціонарну допомогу

1. ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП

Положення протоколу

1.1 Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких заходів щодо профілактики небажаної вагітності.

Обґрунтування

На думку експертів, жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватись правил поведінки щодо профілактики небажаної вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Розробити та розповсюджувати інформаційні матеріали для жінок та чоловіків, в яких вказати правила поведінки щодо профілактики небажаної вагітності, факторів ризику і можливих ускладнень, методів переривання вагітності, правах пацієнтки при перериванні небажаної вагітності.

Положення протоколу

1.2 Розробка та впровадження чіткої інформаційно-просвітницької стратегії з метою інформування населення щодо запропонованих послуг.

Обґрунтування

На думку експертів, ЗОЗ повинні надавати послуги щодо штучного переривання вагітності з використанням безпечних сучасних методик та дотриманням репродуктивних прав (надання інформації, конфіденційність, повага до пацієнтки та інше).

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Заохочувати звернення жінок до ЗОЗ на ранніх термінах вагітності.

2. При проведенні процедури (операції) переривання небажаної вагітності використовувати безпечні сучасні методи.

Бажані:

Виявити шляхом доброзичливої і довірливої бесіди питання щодо репродуктивного вибору жінки з метою надати допомогу в прийнятті виваженого рішення.

Положення протоколу

1.3 Вирішення питання щодо термінів і методів штучного переривання небажаної вагітності.

Обґрунтування

Штучне переривання небажаної вагітності у терміні до 12 тижнів здійснюється в акредитованому ЗОЗ II та III рівнів, за поінформованим бажанням жінки, згідно з наказом МОЗ України від 20.07.2006 р. № 508 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 р. № 1155/13029(надалі наказ МОЗ від 20.07.2006 р. № 508).

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Використовувати інформаційний листок «Пам'ятка для пацієнтки» перед штучним перериванням вагітності (Додаток 1).

2. Проводити консультування щодо факторів ризику і можливих ускладнень переривання небажаної вагітності, методів переривання небажаної вагітності з метою прийняття жінкою особистого рішення без будь-якого тиску.

2. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ

Положення протоколу

2.1 Штучне переривання небажаної вагітності. Умови. Необхідна документація.

2.2 Госпіталізація пацієнтки в гінекологічний стаціонар у випадку ускладнень, які можливі під час та після проведення процедури (операції) в амбулаторних умовах.

Обґрунтування

На думку експертів, необхідно створити умови, коли забезпечується приватна обстановка для спілкування жінки з медичним працівником та виконання процедури (наприклад, шляхом виконання окремо взятої процедури в одному приміщенні за певний проміжок часу).

Штучне переривання вагітності здійснюється якомога раніше, залежно від обраного методу в денному стаціонарі жіночої консультації або в гінекологічному стаціонарі.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Дані обстеження та відомості про переривання вагітності в I триместрі в денному стаціонарі жіночої консультації заносяться до медичної карти амбулаторного хворого (форма № 025-о), журналу запису амбулаторних операцій (форма № 069/о), затвердженого наказом МОЗ України від 27.12.99 р. № 302, та в медичну карту переривання вагітності (форма № 003-1/о).

2. У гінекологічному стаціонарі відомості про переривання вагітності в I триместрі реєструються в Журналі обліку прийому хворих у стаціонарі (форма № 001/о), медичній карті переривання вагітності (форма № 003-1/о), журналі запису оперативних втручань у стаціонарі, затверджених наказом МОЗ України від 26.07.99 р. № 184.

3. Кожна пацієнтка, яка госпіталізується для штучного переривання вагітності у II триместрі, реєструється у журналі обліку приймання вагітних, роділець та породілець (форма № 002/о), затвердженому наказом МОЗ України від 13.02.2006 р. № 67. На кожну пацієнтку заповнюється медична карта стаціонарного хворого (ф.003/о), затверджена наказом МОЗ України від 26.07.99 р. № 184. Відомості про проведену операцію штучного переривання вагітності у II триместрі заносяться до журналу запису оперативних втручань у стаціонарі (ф.008/о). Результат патолого-анатомічного висновку підклеюється до медичної карти стаціонарного хворого (ф.003/о) та відображається у виписному епікрізі.

4. Своєчасно забезпечити госпіталізацію пацієнтки в стаціонар у випадку ускладнень, які можливі під час та після проведення процедури (операції) в амбулаторних умовах (Розділ А.3.4.5.).

5. За наявності ускладнень після переривання вагітності заповнюється статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (форма № 025-2/о), затверджений наказом МОЗ України від 27.12.99 р. № 302

Бажані:

Виконувати процедуру (операцію) штучного переривання вагітності без затримки (за можливості – в день звернення пацієнтки), але не пізніше трьох днів після отримання результатів обстеження.

3. ДІАГНОСТИКА

Положення протоколу

3.1 Діагностика вагітності та обстеження в I триместрі.

Обґрунтування

Надмірне, необґрунтоване призначення лабораторних, інструментальних та інших досліджень знижує доступність проведення операції (процедури) переривання небажаної вагітності в малих строках (А).

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Загальне та гінекологічне обстеження (Розділ А.3.3).

2. Необхідні лабораторні та інструментальні (А):

- визначення мікробіоценозу піхви (мазок на флору);
- група крові та резус-фактор у першовагітної.

За показаннями:

- загальний аналіз крові;
- кров на RW;
- група крові та резус-фактор;
- аналіз крові на ВІЛ (за добровільною згодою після дотестового консультування);
- цитологічне дослідження клітин шийки матки (у разі першого звернення в поточному році);
- за наявності екстрагенітальної патології обстеження згідно з відповідним Протоколом;
- визначення рівня ХГ у крові (у разі підозри на позаматкову вагітність або завору);
- УЗД (у разі необхідності для підтвердження терміну вагітності, при підозрі на позаматкову вагітність або міхуровий занос).

Положення протоколу

3.2 Обстеження в разі переривання вагітності в II триместрі.

Обґрунтування

Штучне переривання вагітності у терміні від 12 до 22 тиж вагітності за наявності підстав, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України», зазначених у Переліку (Додаток 3), здійснюється в стаціонарному відділенні ЗОЗ III рівня та проводиться лікарем акушером-гінекологом, який пройшов відповідну підготовку та має навички.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Загальне та гінекологічне обстеження (Розділ А.3.3).

2. Лабораторні та інструментальні:

- визначення мікробіоценозу піхви (мазок на флору);
- група крові та резус-фактор;
- кров на RW та HBS;
- аналіз крові на ВІЛ (за добровільною згодою після дотестового консультування)
- загальний аналіз крові;
- коагулограма;
- біохімічне дослідження крові (глюкоза, білірубін, загальний білок, холестерин, сечовина, креатинін);
- загальний аналіз сечі;
- огляд терапевта, за наявності екстрагенітальної патології консультація відповідних спеціалістів з додатковим обстеженням;
- УЗД (для визначення строку вагітності перед процедурою (операцією) та перед випискою).

4. ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

4.1. Штучне переривання вагітності у I триместрі (до 12 повних тижнів)

Положення протоколу

4.1.1. Медикаментозний аборт

Обґрунтування

(МА) Медикаментозний аборт – безпечний та ефективний метод переривання вагітності до 9 тижнів (до 63 днів з першого дня останньої менструації) за допомогою медикаментозних препаратів антипрогестагенової дії (міфепристон) та простагландинів (мізопростол).

На сучасному етапі організації акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні проведення МА в терміні з 7 до 9 тижнів (з 49 до 63 днів з першого дня останньої менструації) є оптимальним в умовах гінекологічного стаціонару.

Ефективність МА залежить від якісного консультування та чіткого взаєморозуміння між лікарем та пацієнткою протягом всієї процедури.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Провести передабортне консультування щодо особливостей застосування лікарських засобів, перебігу процедури та знеболювання.
2. Підтвердити відсутність протипоказань до проведення процедури.
3. Виконати процедуру відповідно до методики.
4. Запропонувати препарати для знеболення (Розділ А.3.4.3.).
5. Для підтвердження факту завершення аборт – огляд через 10–14 днів.
6. За відсутності ефекту – хірургічне втручання (ВА).
7. Провести після переривання першої вагітності (якщо термін гестації більше 6 тижнів) жінкам з резус-негативним типом крові імунізацію антирезусним імуноглобуліном за відповідною методикою.

4.2. Штучне переривання вагітності у II триместрі (від 12 до 22 тижнів)

Положення протоколу

4.2.1. Медикаментозний аборт (МА)

Обґрунтування

За даними ВООЗ, найбезпечнішим та найефективнішим методом переривання вагітності в II триместрі є МА.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Провести передабортне консультування щодо особливостей застосування лікарських засобів і перебігу процедури.
2. Підтвердити відсутність протипоказань до проведення процедури.
3. Призначити антибіотикопрофілактику (Розділ А.3.4.4.).
4. Запропонувати препарати для знеболення (Розділ А.3.4.3.).
5. Виконати процедуру відповідно до методики.
6. Провести після переривання першої вагітності жінкам з резус-негативним типом крові імунізацію антирезусним імуноглобуліном за відповідною методикою.

Необхідні дії

Бажані

Кюретаж стінок порожнини матки проводиться за наявності клінічних ознак, які вказують на факт неповного аборт.

5. ВИПСКА З РЕКОМЕНДАЦІЯМИ НА ПІСЛЯ-ГОСПІТАЛЬНИЙ ПЕРІОД

Положення протоколу

5.1 Організація роботи центрів та кабінетів планування сім'ї, клінік сімейної медицини та інших ЗОЗ, щодо спостереження жінок після переривання небажаної вагітності, профілактики небажаної вагітності консультування з інших

питань планування сім'ї. Працівники ЗОЗ мають надати чітку інформацію (адреса, контактні телефони) у разі необхідності звернення при виникненні ускладнень.

Обґрунтування

На думку експертів, необхідно встановити ефективну систему взаємодії між ЗОЗ усіх рівнів, яка забезпечує подальше спостереження за пацієнткою.

На думку експертів, жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватися правил поведінки щодо профілактики небажаної вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Використовувати інформаційний листок «Пам'ятка для пацієнтки» після штучного переривання вагітності (Додаток №2).

Бажані

Надати інформацію по кожному сучасному методу контрацепції.

6. РЕАБІЛІТАЦІЯ

6.1 Диспансеризація жінок, які мали ускладнення після переривання небажаної вагітності.

За даними ВООЗ, у більшості випадків у разі кваліфікованого проведення процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності безпечними методами, як правило, не відбувається негативних наслідків порушення стану репродуктивного здоров'я.

Обов'язкові:

1. Взяти на диспансерне спостереження.
2. Розробити індивідуальний план реабілітації.
3. Провести відповідні лікувально-профілактичні заходи згідно з планом.

Бажані

У разі порушення менструальної функції слід вжити заходи для її відновлення за допомогою відповідних гормональних засобів (насамперед, КОК).

А.3. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

Алгоритм організації медичної допомоги, пов'язаної з операцією штучного переривання небажаної вагітності



А.3.1 Правові та етичні засади проведення процедури штучного переривання вагітності

Дотримання чинного законодавства

Штучне переривання вагітності у I триместрі (до 12 тижнів) здійснюється за поінформованим бажанням жінки (ст. 281 Цивільного кодексу України).

Штучне переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників (ст. 284 Цивільного кодексу України).

Штучне переривання вагітності у пацієнтки, яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою (ст. 284 Цивільного кодексу України).

У зв'язку з процедурою (операцією) штучного переривання вагітності на бажання жінки листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час процедури (операції) чи в післяабортний період листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

У випадках переривання вагітності з інших причин листок непрацездатності видається для госпіталізації жінки на весь період непрацездатності.

Штучне переривання вагітності у II триместрі здійснюється відповідно до Переліку підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» (Додаток 3).

Дотримання конфіденційності / лікарської таємниці

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації, отриманої від пацієнтки, та не допустити її розголосу іншим особам.

Дотримання етики

Медичні працівники повинні поважати гідність клієнтки та пам'ятати про ставлення до пацієнтки з повагою і зуміти допомогти їй зберегти свою гідність.

Прийняття вільного і інформованого рішення

Пацієнтка має право висловити свою точку зору та прийняти самостійне рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації щодо процедури (операції), ризиків та можливих ускладнень.

Необхідно усвідомлювати, що пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію повною мірою.

Дуже важливо приділити жінці достатній час, проводити консультування за умов, коли вона може задавати питання і одержувати роз'яснення на незрозумілі для неї питання щодо непланованої вагітності.

А.3.2 Принципи консультування пацієнтки перед і після проведення процедури штучного переривання вагітності

Принципи спілкування

Ставлення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим незалежно від репродуктивного вибору, віку, соціального та матеріального статусу.

Спілкування має базуватись на повазі до жінки та її репродуктивного вибору.

Недопустимим є засуджуюче та принижуюче гідність ставлення до пацієнтки.

Первинне консультування обов'язково проводиться під час першого звернення пацієнтки з приводу небажаної вагітності.

Необхідно враховувати вразливість незаможних дівчат-підлітків та ВІЛ-позитивних жінок. Слід пам'ятати, що для консультування дівчат-підлітків можливо залучення психолога.

А.3.2.1 Передабортне консультування

Уточнення наступних питань:

Чи планує жінка зберегти вагітність, віддати дитину на усиновлення чи зробити штучне переривання?

Чи отримає підтримку, якщо вирішить зберегти вагітність чи зробити штучне переривання?

Чи не примушують жінку до штучного переривання вагітності?

Чи знає вона юридичні (правові) аспекти штучного переривання вагітності та про необхідність підписати форму інформованої згоди?

Які причини підштовхнули її на штучне переривання вагітності, включаючи соціально-культурні та економічні обставини?

Уточнення цих причин не обов'язкове та проводиться лише в тому випадку, коли розмова йде в цьому напрямку.

Більшість жінок не хочуть відповідати на подібні запитання, і їх думку потрібно враховувати.

Алгоритм проведення бесіди

У процесі консультування важливо пояснити, наскільки безпечніше і ефективніше робити переривання вагітності при малому терміні.

Усі жінки з позитивною реакцією на ВІЛ-інфекцію повинні бути поінформовані про небезпеку передачі інфекції новонародженим дітям і наявність профілактики вертикальної трансмісії та здатність народити здорову дитину для того, щоб у них була потреба прийняти інформоване рішення щодо збереження або переривання вагітності.

Слід пам'ятати, що дієздатна особа для звернення по медичну допомогу не потребує отримання згоди (дозволу) від будь-якої третьої сторони, зокрема від чоловіка або партнера.

Під час консультування необхідно надати інформацію щодо методів планування сім'ї, які жінка може використовувати після операції (процедури) переривання вагітності.

Необхідно враховувати, що згода жінки скористатися тим або іншим методом контрацепції в жодному разі не повинна бути попередньою умовою для виконання переривання вагітності на її прохання.

Після проведеного консультування для ухвалення інформованого рішення в жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

Консультування щодо методу переривання вагітності, знеболювання та антибіотикопрофілактики

Консультування щодо вибору методики переривання вагітності, знеболювання та антибіотикопрофілактики в разі застосування хірургічних методів проводиться лікарем акушером-гінекологом, який здійснює процедуру (операцію) переривання вагітності.

Під час консультування пацієнтці повинна бути надана наступна інформація з врахуванням строку вагітності та стану здоров'я, зокрема:

- усі доступні методики, позитивні і негативні сторони кожної з них;
- види знеболювання;
- тривалість процедури (операції);
- технології виконання процедури (операції);
- можливі ризики і ускладнення;
- схеми антибіотикопрофілактики;
- особливості перебігу післяабортного періоду;
- відновлення менструальної функції;
- можливості та строки наступної вагітності;
- строк наступного (контрольного) візиту до лікаря.

Жінкам, які звернулися з приводу переривання небажаної вагітності, повідомляють про можливість використання медикаментів та певних методик знеболювання під час процедури (операції) та в післяабортний період.

Пацієнтка має право вибору методики знеболювання та прийняття самостійного рішення після одержання повної, достовірної та чіткої інформації щодо методик місцевої анестезії або внутрішньовенного наркозу (в разі необхідності консультація лікаря-анестезіолога), ризиків та можливих ускладнень, пов'язаних із знеболюванням. Цей вибір підтверджується письмово в інформаційній згоді.

Важливо звернути увагу жінки на симптоми після процедури (операції), які вимагають звернення до лікаря, зокрема: значна кровотеча, підвищена температура тіла, біль униз живота.

А.3.2.2 Післяабортне консультування

Післяабортне консультування слід проводити, коли жінка може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення методів контрацепції.

Післяабортне консультування – це консультування жінки, пов'язане зі штучним перериванням вагітності для надання інформації про фертильність і контрацепцію з метою запобігання наступній небажаній вагітності.

Головними моментами консультації є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта зацікавити пацієнтку та допомогти сприйняти інформацію щодо повторного візиту до спеціаліста з планування сім'ї, як необхідність.

Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.

Варто пропагувати метод подвійного захисту або використання таких методів, які забезпечують запобігання не тільки вагітності, а й ІПСШ.

Консультант і пацієнтка повинні обговорити по кожному методу контрацепції наступну інформацію:

- механізм дії обраного методу;
- правила використання;
- ефективність методу;
- переваги і недоліки методу;
- неконтрацептивні властивості;
- зворотність методу;
- можливі побічні ефекти;
- стани, що потребують звернення до лікаря.

Після проведеного післяабортного консультування жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

А.3.3 Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики

Збір анамнезу та внесення відповідного запису до медичної документації

Скарги на ранні ознаки вагітності, такі як набряк молочних залоз, зміна апетиту, нудота та блювання, втома та інші.

Дата останньої менструації та особливості менструальної функції.

Наслідки попередніх вагітностей (кількість попередніх вагітностей та їх перебіг; кількість, дата та особливості пологів та післяпологового періоду).

Спроби перервати поточну вагітність (якщо були спроби, деталі).

Перенесені в минулому хвороби, які можуть вплинути на виконання процедури переривання вагітності (порушення

згортання крові, ІПСШ та інші).

Перенесені операції на органах репродуктивної системи (абдомінальні, вагінальні), що можуть викликати ускладнення процедури.

Використання засобів контрацепції в минулому та плани щодо подальшого їх використання.

Алергія на медикаменти.

Дані гінекологічного огляду.

Термін даної вагітності (від першого дня останньої менструації).

Додаткове обстеження (Розділ А 2.3).

Дата наступного візиту.

Діагностика / обстеження

Загальне обстеження

Зовнішній вигляд (колір шкірного покриву).

Вимірювання пульсу, артеріального тиску, температури тіла.

У разі необхідності (наявність тяжкої форми екстрагенітальної патології) пацієнтку необхідно направити до ЗОЗ вищого рівня для подальшого обстеження і вирішення питання про строки та варіанти штучного переривання вагітності, методи знеболювання, уточнення ризику можливих ускладнень і особливостей їх профілактики.

Гінекологічне обстеження

Обстеження проводять в одноразових стерильних рукавичках.

Зовнішній огляд геніталій. Огляд ділянки промежини на наявність ознак ІПСШ (виразок, кондилом, патологічних виділень).

Огляд у дзеркалах стінки піхви та шийки матки на наявність патологічних виділень або деформацій (у разі виявлення ознак ІПСШ чи запального захворювання призначають лікування згідно з затвердженням Протоколом).

Оцінка ознак вагітності (м'яка ціанотична шийка, збільшена, розм'якшена матка).

Позиція матки (ante- або retroflesio, ante- або retroversio).

Відповідність розмірів матки терміну вагітності (якщо матка більша за очікувані розміри, можлива наявність багатоплідної вагітності, міхурового заносу або лейоміоми матки. Якщо матка менша за очікувані розміри, можна припустити, що вагітність відсутня, відбувся самовільний викидень або вагітність позаматкова).

Якщо пройшло більше ніж 6 тижнів від дати останньої менструації, є підозра на наявність вагітності, але матка не збільшена у розмірах: провести УЗД, визначити вміст ХГЛ у крові або направити жінку до ЗОЗ вищого рівня для уточнення діагнозу.

У випадку позаматкової вагітності – дії згідно з чинним Протоколом.

А.3.4 Алгоритм виконання втручання.

А.3.4.1 Переривання вагітності у I триместрі (до 12 повних тижнів)

А.3.4.1.1 Медикаментозний аборт (МА)

Безпечний та ефективний метод переривання вагітності до 9 тижнів (до 63 днів з першого дня останньої менструації) за допомогою медикаментозних препаратів антипрогестагенової дії (міфепристон) та простагландинів (мізопростол).

Ефективність МА залежить від якісного консультування та чіткого взаєморозуміння між лікарем та пацієнткою протягом усієї процедури.

1) Консультування:

Обговорити з пацієнткою можливі схеми МА та особливості використання кожної з них. Поінформувати про можливі побічні ефекти та ускладнення.

Звернути увагу, що побічні ефекти, пов'язані з прийомом препаратів, спостерігаються рідко: можливі головний біль, нудоти, блювання, лихоманка та іноді алергійні реакції.

Пояснити, що кров'яністі виділення та маткові скорочення (іноді болісні) є наслідком дії препаратів. Зазвичай кров'яністі виділення після прийому препаратів значніші, ніж під час нормальної менструації, і можуть супроводжуватись виділенням згустків крові.

Окрім того, при МА незначні кров'яністі виділення («мажучі») можуть продовжуватись до 30 днів. У 50% пацієнток кровотеча може розпочатись до прийому мізопростолю, однак останній рекомендується прийняти для завершення процедури.

Слід обов'язково поінформувати, що з метою знеболювання пацієнтці можуть бути призначені знеболювальні препарати, зокрема ібупрофен (Розділ 2.8). Біль може проявлятися спазмами, інтенсивність яких зростає в період вигнання плодового яйця, триває від 2 до 4 годин та поступово припиняється.

Основними ускладненнями МА є кровотеча, неповний аборт, прогресуюча вагітність.

Слід звернути увагу пацієнтки, що ризик тяжких ускладнень вкрай низький, обов'язково поінформувати та впевнитись, що вона зрозуміла, що в разі виникнення наступних насторожуючих симптомів вона терміново повинна звернутись по медичну допомогу:

- *Значна кровотеча.* Основними критеріями значної кровотечі є промокання двох або більше великих тампонів або прокладок за годину, що не припиняється протягом 2 годин. У разі значної кровотечі може бути потрібне термінове хірургічне втручання (МВА або ЕВА).
- *Відсутність кров'яних виділень.* Якщо кров'яністі виділення відсутні протягом 24 годин після прийому мізопростолю, необхідно звернутись до лікаря з метою виявлення причини (прогресуюча вагітність).
- *Лихоманка.* Температура тіла ($>38^{\circ}\text{C}$), що не знижується, або підвищення температури тіла протягом декількох днів після прийому мізопростолю.
- *Вагінальні виділення з неприємним запахом.*
- *Різкий, тривалий біль у животі, що посилюється.*
- *Почуття загальної слабкості, у тому числі нудота, блювання або пронос, які тривають більше 24 годин після прийому мізопростолю.*

Важливо поінформувати пацієнтку щодо тривалості та ознак переривання вагітності.

Слід пояснити, що у терміні вагітності до 7 тижнів розміри плодового яйця невеликі і можуть чітко не візуалізуватись.

Обговорити можливість повторних звернень до лікаря. Обов'язковим є звернення через 14 днів для підтвердження факту завершення вагітності. У разі появи будь-яких сумнівних симптомів звернутись терміново.

Незважаючи на те, що не доведено тератогенну дію міфепристону, у деяких випадках після невідлого МА були відзначені вади розвитку плода. Ці дані необхідно пояснити жінці та рекомендувати завершити переривання вагітності іншим методом (мануальної або електровакуумної аспірації). При МА антибіотикопрофілактика не проводиться.

Обговорити питання використання методів контрацепції для попередження небажаної вагітності.

Надається додаткова інформація:

- пероральне використання препаратів – це проковтування таблеток;
- трансбукальне використання – це утримання таблеток протягом 30 хвилин між щогою та яснами перед проковтуванням;

- сублінгвальне використання – це розташування таблеток під язиком до повного розчинення;
- вагінальне введення (в піхву) мізопростолю проводиться лікарем.

Після проведеного консультування при МА у жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

2) Протипоказання для проведення процедури:

- нездатність пацієнтки адекватно сприймати інформацію та виконувати лікарські призначення та рекомендації;
- відсутність достовірних даних про наявність вагітності;
- позаматкова вагітність або підозра на неї;
- хронічна ниркова та печінкова недостатність;
- наднирникова недостатність;
- тривале лікування кортикостероїдами;
- бронхіальна астма в стадії загострення;
- тяжкі ССЗ у стадії субкомпенсації та декомпенсації;
- анемія середнього та тяжкого ступеня (рівень Нb менше 90 г/л);
- порфірія;
- захворювання крові, які загрожують кровотечею;
- терапія антикоагулянтами та порушення системи гемостазу;
- пухлини придатків матки;
- алергійні реакції на міфепристон та мізопропростол в анамнезі;
- гострі запальні захворювання органів малого тазу**;
- гострі запальні захворювання іншої локалізації**.

* Рубець на матці після оперативного втручання не є протипоказанням (А)

** Переривання вагітності проводиться після лікування.

3) Схеми застосування лікарських засобів:

Препарати, доза

Лікарський засіб міфепристон (у дозі відповідно до затвердженій інструкції фірми-виробника для застосування цього лікарського засобу)*

Умови прийому / проведення

Жінка приймає препарат у присутності лікаря акушера-гінеколога

Через 24–48 годин:

Препарати, доза

Мізопропростол 400 мкг перорально, трансбукально або сублінгвально у терміні вагітності до 7 повних тижнів (до 49 днів з першого дня останньої менструації)

Умови прийому / проведення

Жінка приймає препарат під наглядом лікаря акушера-гінеколога або самостійно в домашніх умовах

або

Препарати, доза

Мізопропростол 800 мкг вагінально у терміні вагітності до 9 повних тижнів (до 63 днів з першого дня останньої менструації)**

Умови прийому / проведення

Препарат вводить лікар акушер-гінеколог

*За рекомендаціями ВООЗ оптимальною дозою є 200 мг (А).

**За рекомендаціями ВООЗ лікарський засіб Міфепристон ефективніший та краще переноситься при вагінальному введенні (А).

4) Методика проведення:

Після прийому перорально міфепристону в присутності лікаря пацієнтці може бути запропоновано залишитись протягом 2 годин у ЗОЗ з метою контролю за її станом.

У разі задовільного стану пацієнтка йде додому після обов'язкового консультиування з питань особливостей вигнання плодового яйця та можливих ускладнень, зокрема кровотечі, а також як їх розпізнати, коли і куди звернутись по допомогу.

Через 24–48 годин пацієнтка повертається до лікаря для прийому мізопростолу. Шляхи застосування препаратів (пероральний, трансбукальний, сублінгвальний або вагінальний) та місце прийому (в умовах лікувального закладу чи в домашніх умовах) призначає лікар індивідуально для кожної пацієнтки.

У більшості пацієнток вигнання плодового яйця відбувається протягом 4–6 годин після прийому препарату (мізопростолу). Лікар повинен впевнитись, що відбулось вигнання плодового яйця. У разі сумніву щодо завершення процедури необхідно призначити УЗД органів малого таза.

З метою знеболювання пацієнтці слід призначити прийом нестероїдних протизапальних препаратів, зокрема ібупрофену.

При МА антибіотикопрофілактика не проводиться (А).

У разі необхідності надання невідкладної медичної допомоги, жінка повинна мати інформацію щодо ЗОЗ (адреса, контактні телефони), куди вона може звернутись у будь-який час.

У разі неповного аборту можливе додаткове використання 400 мкг мізопростолу сублінгвально або 600 мкг мізопростолу перорально. Також жінці може бути запропоновано хірургічне втручання методом МВА або ЕВА.

За відсутності ефекту від повторного прийому мізопростолу показано хірургічне втручання методами МВА або ЕВА.

За умови прогресуючої вагітності в разі невеликого МА жінка повинна бути поінформована про те, що є висока ймовірність вад розвитку плода в зв'язку з використанням мізопростолу. Рекомендується перервати вагітність іншим безпечним методом (МВА або ЕВА).

Для підтвердження факту завершення аборту рекомендується обов'язковий повторний візит до лікаря через 10–14 днів.

А.3.4.2 Переривання вагітності у II триместрі (від 12 до 22 тижнів)

Здійснюється відповідно до Переліку підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, наведених у додатку до постанови КМУ від 15.02.2006 р. № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» (Додаток 3).

У разі наявності у вагітної медичних показань, що не зазначені у Переліку, але за яких продовження вагітності та пологи становлять загрозу для її здоров'я або життя (або невідкладного стану), переривання вагітності здійснюється на підставі висновку консилиуму лікарів.

Штучне переривання вагітності у терміні від 12 і 22 тижнів за наявності підстав, зазначених у Переліку, немедичного характеру (вік вагітної жінки менш як 15 років та більш як 45 років, вагітність внаслідок згвалтування або настання інвалідності під час цієї вагітності) здійснюють за заявою вагітної або її законних представників (у разі неповноліття, недієздатності особи) та наданими документами, які підтверджують ці обставини.

Після встановлення показань до переривання вагітності у II триместрі та проведення обстеження пацієнтку направляють на Комісію Міністерства охорони здоров'я АР Крим, управління охорони здоров'я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров'я Київської міських державних адміністрацій (Положення про Комісію органу охорони здоров'я з визначення показань до штучного переривання

вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, затвердженої наказом МОЗ від 20.07.2006 р. № 508) з визначення показань до штучного переривання вагітності (форма № 028-2/о, затверджена наказом МОЗ від 20.07.2006 р. № 508).

Комісія МОЗ АР Крим, управління охорони здоров'я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров'я Київської міських державних адміністрацій з визначення показань до штучного переривання вагітності після детального вивчення показань до штучного переривання вагітності на підставі Висновку Комісії МОЗ АР Крим, управління охорони здоров'я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров'я Київської міських державних адміністрацій з визначення показань для штучного переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів (форма № 028-3/о, затверджена наказом МОЗ від 20.07.2006 р. № 508), який фіксується в Журналі для реєстрації видачі Висновків щодо показань до переривання вагітності від 12 до 22 тижнів (форма № 035-1/о, затверджена наказом МОЗ від 20.07.2006 № 508), видає Направлення на госпіталізацію вагітної для штучного переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів (форма № 002-1/о, затверджена наказом МОЗ від 20.07.2006 р. № 508) до стаціонару, де буде здійснено штучне переривання вагітності.

Штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, здійснюється в стаціонарному відділенні ЗОЗ III рівня та проводиться лікарем акушером-гінекологом першої або вищої кваліфікаційної категорії, який пройшов відповідну підготовку та має навички.

Завідуючим відділенням здійснюється огляд пацієнтки, яка госпіталізована для переривання вагітності після 12 тижнів протягом першої доби госпіталізації до стаціонару.

Лікуючий лікар разом із завідуючим відділенням визначають оптимальну для даної пацієнтки методику переривання вагітності.

За даними ВООЗ, найбезпечнішими та найефективнішими методами переривання вагітності у II триместрі є: медикаментозний (МА) та хірургічний ДЕ (дилатація та евакуація) з попередньою підготовкою шийки матки (А).

У разі неможливості переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, медикаментозним методом або ВА можливо використання інших методик.

У разі встановлення уроджених вад розвитку плода, несутисних з життям, в обов'язковому порядку проводиться патолого-анатомічний розтин плода.

У разі штучного переривання вагітності у II триместрі обов'язково проводиться антибіотикопрофілактика, а за необхідності – антибіотикотерапія

Після завершення процедури (операції) штучного переривання вагітності у II триместрі без ускладнень пацієнтка має бути під наглядом медичного персоналу не менш 24 годин. Тривалість подальшого перебування у стаціонарі після завершення процедури (операції) штучного переривання вагітності у II триместрі визначається лікуючим лікарем індивідуально залежно від стану здоров'я жінки.

А.3.4.2.1 Медикаментозний аборт у II триместрі

1) Протипоказання (див. розд. А.3.4.1.1).

2) Схеми застосування

1.

Препарати, доза

Лікарський засіб міфепристон (у дозі відповідно до затвердженої інструкції фірми-виробника для застосування цього лікарського засобу)*

Умови прийому проведення

Жінка приймає препарат перорально у присутності лікаря акушера-гінеколога з наступним спостереженням

Препарати, доза

Через 36–48 годин лікарський засіб мізопростол 400 мкг вагінально з подальшим пероральним введенням 400 мкг мізопростолу через кожні 3 години, **максимальне число доз 5**.

Умови прийому проведення

Препарат вводиться лікарем акушером-гінекологом в умовах гінекологічного стаціонару

2.

Препарати, доза

Лікарський засіб мізопростол 400 мкг перорально через кожні 3 години**, **максимальне число доз 5** (при неможливості застосування лікарського засобу міфепристону).

Умови прийому проведення

Застосовується під наглядом лікаря акушера-гінеколога в умовах гінекологічного стаціонару.

* За рекомендаціями ВООЗ доза лікарського засобу міфепристон становить 200 мг (А).

** Зазвичай переривання вагітності відбувається після введення 2–3 доз (А).

3) Інструментальна ревзія стінок порожнини матки (кюретаж) після МА:

Проведення рутинної інструментальної ревізії стінок порожнини матки (кюретажу) після МА не обов'язкове.

Кюретаж проводиться за наявності клінічних ознак, які вказують на факт неповного аборту.

За відсутності ознак відділення та виділення посліду, наявності умов можлива очікувальна тактика протягом 6 годин (В).

А.3.4.3 Знеболення та анестезія

Розв'язання питань знеболювання під час процедури (операції) штучного переривання вагітності та в післяабортний період є важливою частиною в разі надання комплексної медичної допомоги при небажаній вагітності.

У разі проведення МА рекомендується прийом ненаркотичних анальгетиків, зокрема нестероїдного протизапального засобу ібупрофену*.

У разі переривання вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація та кюретаж) за відсутності протипоказань жінка може вибрати місцеву анестезію, комбінацію місцевої анестезії з анальгетиками або з атаралгезією, різновиди внутрішньовенного наркозу.

Загальна анестезія не рекомендується як рутинний метод в разі виконання переривання вагітності у І триместрі, оскільки пов'язана з високими ризиками побічних ефектів порівняно з іншими методами знеболювання.

Під час процедури (операції) штучного переривання вагітності у ІІ триместрі можливо виконання регіональних нейроаксальних методик.

З метою знеболювання в післяабортний період рекомендується застосування нестероїдних протизапальних засобів, зокрема ібупрофену (ефективніший до 12 тижнів вагітності), диклофенаку (ефективніший у ІІ триместрі).

А.3.4.4 Профілактика інфекційних ускладнень

Однією з важливих умов безпеки та зменшення кількості ускладнень у разі надання комплексної медичної допомоги при небажаній вагітності є антибіотикопрофілактика, за необхідності – антибіотикотерапія та впровадження комплексу універсальних заходів профілактики інфекцій (Додаток 4).

1) Антибіотикопрофілактика

Антибіотикопрофілактика полягає у створенні необхідних концентрацій антимікробного засобу в тканинах матки з моменту можливої мікробної контамінації й підтримання цього рівня протягом операції й 3–4 години після операції (час генерації бактерій).

Це досягається шляхом призначення до або під час операції антимікробних засобів, зокрема антибіотиків широкого спектра дії (пеніцилінового або тетрациклінового ряду) або протимікробних та протипротозойних засобів, похідних 5-нітроїмідазолу (метронідазол).

За рекомендаціями ВООЗ, антибіотикопрофілактику при штучному перериванні небажаної вагітності хірургічними методами (МВА, ЕВА, дилатація і кюретаж) слід проводити шляхом призначення доксицикліну в дозі 200 мг перорально за 1–3 години до втручання або шляхом одноразового введення метронідазолу в дозі 100 мл внутрішньовенно (можливо під час проведення внутрішньовенного наркозу).

2) Антибіотикотерапія

Антибіотикотерапія (тривалий курс застосування антимікробних засобів) після штучного переривання небажаної вагітності призначається у випадку неефективності антибіотикопрофілактики або виникнення у пацієнтки ускладнень під час та після процедури (операції) переривання вагітності.

У разі наявності хронічної інфекції, призначаючи антибіотикотерапію, треба враховувати дані бактеріологічних досліджень.

А.3.4.5 Ускладнення під час та після штучного переривання вагітності

Ускладнення під час операції штучного переривання вагітності та ранні ускладнення

Ознаки	Підтвердження	Дії лікаря
<i>Відсутність вагітності</i>		
Мінімальна кількість абортного матеріалу або його відсутність.	УЗД органів малого таза.	Підтверджена маткова вагітність – повторна МВА або ЕВА лише досвідченим спеціалістом. Антибіотикотерапія. Спостереження. Позаматкова вагітність - госпіталізація до стаціонару. Лапаротомія або лапароскопія.
<i>Неповний аборт</i>		
Видалені тканини при огляді не відповідають строку вагітності. Маткова кровотеча або біль у животі.	УЗД органів малого таза. Диференціальна діагностика більшого синдрому або кровотечі іншого генезу.	Підтверджений неповний аборт – повторна МВА або ЕВА лише досвідченим спеціалістом. Антибіотикотерапія. Симптоматична терапія. Спостереження.
<i>Перфорація під час зондування</i>		
Зонд проникає за межі стінок матки або шийки матки. Відчуття "провалювання".	УЗД органів малого таза.	Зупинити операцію. Госпіталізація до стаціонару. Спостереження за життєвими (АТ, пульс, температура) та лабораторними показниками (Hb, Ht та інші) протягом 24 годин. Антибіотикотерапія. Задовільний стан - повторна МВА або ЕВА лише досвідченим спеціалістом. У разі погіршення стану - лапаротомія або лапароскопія.

Ознаки	Підтвердження	Дії лікаря
<i>Перфорація у поєднанні з неповним абортom</i>		
Канюля (кюретка) проходить порожнину матки без опору або проникає за межі передбачуваних розмірів матки, насилу виводиться, відчуття "провалювання".	УЗД органів малого таза та черевної порожнини.	Зупинити операцію. Госпіталізація до стаціонару. Спостереження за життєвими (АТ, пульс, температура) та лабораторними показниками (Hb, Ht та інші) протягом 24 годин. Антибіотикотерапія. Задовільний стан - повторна МВА або ЕВА лише досвідченим спеціалістом. У разі погіршення стану - лапаротомія або лапароскопія.
<i>Перфорація у поєднанні з неповним абортom та пошкодженням внутрішніх органів</i>		
Наявність фрагментів сальника або тонкого кишечника.	УЗД органів малого таза. Диференціальна діагностика болювого синдрому або кровотечі іншого генезу.	Зупинити операцію. Госпіталізація до стаціонару. Негайна лапаротомія.
<i>Підозра на перфорацію при повному спорожнюванні матки</i>		
Канюля або кюретка проникла за передбачувані межі матки. Спостерігається зменшення показника вакууму при знаходженні канюлі в порожнині матки. Відчуття "провалювання". Інколи атиповий біль.	УЗД органів малого таза та черевної порожнини.	Зупинити операцію. Госпіталізація до стаціонару. Спостереження за життєвими (АТ, пульс, температура) та лабораторними показниками (Hb, Ht та інші) протягом 24 годин. Антибіотикотерапія. Симптоматична терапія. У разі погіршення стану - лапаротомія або лапароскопія.
<i>Кровотеча</i>		
Зовнішня кровотеча.	Огляд у дзеркалах. УЗД органів малого таза. Коагулограма.	Залишки тканин плодового яйця - повторна МВА або ЕВА. Травма шийки матки або піхви - гемостатичні шви або компресія протягом 3-5 хвилин. Гіпотонія або атонія матки - застосування утеротоніків, мізопропрост ректально (до 800 мг). Коагулопатія - симптоматична терапія. За необхідності - госпіталізація до стаціонару.

Ознаки	Підтвердження	Дії лікаря
<i>Вегетосудинні реакції</i>		
Слабкість. Пітливість. Повільний пульс. Сповільнене дихання. Нудота. Понижений АТ.	Вимірювання АТ, пульсу, частоти дихання.	Зупинити операцію. Покласти пацієнтку на бік (з метою попередження аспірації). Симптоматична терапія. Спостереження. Після поліпшення стану продовжити операцію.
<i>Гематометра</i>		
Спостерігається через декілька годин і протягом декілька днів. Матка надмірно напружена, переповнена, тисне на пряму кишку. Спастичні скорочення. Блідість, брадикардія, зниження АТ, сповільнене дихання, пітливість.	Огляд у дзеркалах та бімануальне дослідження. Відсутність кров'янистих виділень із піхви або їх мінімальна кількість. УЗД органів малого таза	МВА або ЕВА вмісту матки. Антибіотикотерапія. Симптоматична терапія.
<i>Аборт, що не відбувся</i>		
Під час повторного візиту підтверджується факт прогресування вагітності.	УЗД органів малого таза.	Здійснюється повторна процедура (операція).

Пізні ускладнення після процедури (операції) штучного переривання вагітності

Ознаки	Підтвердження	Дії лікаря
<i>Плацентарний поліп</i>		
Кров'яністі "мажучі" виділення з піхви протягом тривалого періоду.	УЗД органів малого таза.	Гістероскопія. За неможливості - лікувально-діагностичне вишкрібання стінок матки.
<i>Гнійно-септичні ускладнення</i>		
Підвищення температури тіла, лихоманка. Слабкість. Біль у малому тазі. Виділення з піхви з неприємним запахом або гнійні.	Гінекологічний огляд у дзеркалах та бімануальне дослідження. УЗД органів малого таза та черевної порожнини. Розгорнутий аналіз крові.	Антибіотикотерапія. Симптоматична терапія. За необхідності госпіталізація до гінекологічного стаціонару.

У разі виникнення важких невідкладних станів (наприклад: інфекційно-токсичний шок, сепсис та інше) надання ургентної медичної допомоги проводиться спільно з лікарем-реаніматологом в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації.

Віддалені ускладнення

За даними ВООЗ, у більшості випадків у разі кваліфікованого проведення процедури (операції) штучного переривання небажаної вагітності безпечними методами, як правило, не відбувається негативних наслідків порушення стану репродуктивного здоров'я (А).

А.3.5 Алгоритм реабілітації пацієнтки після штучного переривання вагітності з ускладненнями

Реабілітація – комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я і функцій усіх систем організму, порушених при проведенні штучного переривання вагітності та в результаті його ускладнень.

Жінки, що перенесли переривання вагітності і мали ускладнення, перебувають під диспансерним спостереженням протягом 6–12 місяців після процедури (операції) переривання вагітності залежно від перенесеного ускладнення.

Жінок, які перенесли гнійно-запальні захворювання, необхідно цілеспрямовано обстежити і поставити на диспансерний облік для проведення лікувально-оздоровчих заходів за участі відповідних фахівців.

У разі порушення менструальної функції слід вжити заходів для її відновлення за допомогою відповідних гормональних засобів (насамперед, КОК).

Проведення заходів, пов'язаних з реабілітацією репродуктивної функції жінки, яка перенесла штучне переривання, за показаннями здійснюється фахівцями в кабінетах або центрах планування сім'ї, а також у спеціалізованих ЗОЗ.

А.4 РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

Б. БІБЛІОГРАФІЯ

1. Аборти та контрацепція в Україні. Стратегічна оцінка політики, програм та досліджень. – Міністерство охорони здоров'я України, ВООЗ, 2008. – 90 с.
2. Вводное руководство по медикаментозному аборт. Итоги совместной работы в Центре исследований и конференций. – Gynuity Health Project, 2004. – 68 с.
3. Медикаментозный аборт. Руководство для врачей / Абрамченко В.В., Гусева Е.Н. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 138 с.
4. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. – ВОЗ. Третье издание, 2004.
5. Мизопростол для лечения неполного аборта. Вводное руководство. – Gynuity Health Project, 2009. – 44 с.
6. Післяпологове та післяабортне планування сім'ї. Навчальний посібник. – К., 2007. – 171 с.
7. Планирование семьи: Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. – ВОЗ, 2008. – 489 с.
8. Планування сім'ї. Клінічний протокол / Затверджено до використання наказом МОЗ України від 27.12.2006 р. № 905.
9. Планування сім'ї. Навчальний посібник. – К., 2006. – 296 с.
10. Проблемы репродуктивного здоровья. Аборты. Здоровье женщин и государственная политика (русская версия журнала Reproductive Health Matters) / Под ред. И.С. Савельевой. – 2008 – 122 с.
11. Ранние сроки беременности. 2-е изд., испр. и доп. / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Status Praesens, 2009. – 480 с.
12. Руководства и протоколы по аборт в первом триместре беременности (хирургические и медикаментозные вмешательства). – Международная Федерация планируемого родительства (IPPF), 2008. – 39 с.
13. Clinician's Guide for Second Trimester Abortion. Second Edition. – Ipras, 2007. – 55 p.
14. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. – ВОЗ. Издание второе, 2005.

15. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion / Edited by Maureen Paul et al. – National Abortion Federation USA, 1999. – 336 p.

16. Access to safe abortion: A tool for assessing legal and other obstacles. International Planned Parenthood Federation (IPPF). – London, 2008. – 88 p.

17. Legal abortion: A comparative analysis of health regulation. International Planned Parenthood Federation (IPPF). – London, 2009. – 192 p.

18. Manual vacuum aspiration for second trimester pregnancy termination / Todd C.S. et al. // International Journal of Gynaecology & Obstetrics. – 2003. – V. 83 (1). – P. 5–9.

19. Mifepristone followed in 24 hours to 48 hours by misoprostol for late first-trimester abortion / Bracken H. et al. // Obstetrics & Gynecology. – 2007. – V. 109 (4). – P. 895–901.

20. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy / Faundes A. et al. // International Journal of Gynaecology & Obstetrics. – 2007. – V. 99 (Suppl. 2). – P. 172–177.

21. Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. – WHO. Geneva, 2003. – 106 p.

22. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy / Kulier R. at al. Cochrane Library, 2007, Issue 4.

23. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, fifth ed. – Geneva: WHO, 2007.

Чинні накази МОЗ України станом на 01.12.2010 року

1. Наказ МОЗ №620 від 29.12.2003 р. «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ №782 від 29.12.2005 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (із змінами) .
3. Наказ МОЗ №302 від 27.12.1999 р. «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»
4. Наказ МОЗ №184 від 26.07.99 р. «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів»
5. Наказ МОЗ №67 від 13.02.2006 р. «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення»
6. Наказ МОЗ № 508 від 20.07.2006 р. «Про затвердження інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 р. за № 1155/13029

В. ДОДАТКИ

- | | |
|------------|---|
| Додаток 1. | Пам'ятка для пацієнтки перед проведенням процедури переривання вагітності. |
| Додаток 2. | Пам'ятка для пацієнтки після проведення процедури переривання вагітності. |
| Додаток 3. | Перелік підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів. |
| Додаток 4. | Універсальні заходи профілактики інфекцій. |

(Печатается с сокращениями.)

Полная версия документа доступна по адресу www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101231_1177.html

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. Статья подается на русском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).
3. Фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.
6. Требования к иллюстративному материалу:
 - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
 - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
 - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
 - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
 - Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
 - Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
 - На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
 - Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
 - В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
 - Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS, TIF или JPEG и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать по адресу:

Адрес: 04108, г. Киев, проспект Правды, 31-А, офис 383

Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.

«Медицинский издательский дом «Профессионал», e-mail: office@zdr.kiev.ua